

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2015 / 2016

TRABAJO FIN DE GRADO

PLAN DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL
EN UN CENTRO DE DÍA GERIÁTRICO.

FOMENTO DE LA CALIDAD DE VIDA POR MEDIO DE LA
ESTRUCTURACIÓN DEL OCIO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

DEGREE'S FINAL PROJECT

OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION PLAN
IN A GERIATRIC DAY CENTER.

PROMOTION OF THE QUALITY OF LIFE BY STRUCTURING OF
LEISURE IN PEOPLE WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Autora: Paula Corraleño Ibarzo.

Tutor: David Romano Casaus.

ÍNDICE

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	
2.1. Justificación del programa	3
2.2. Justificación de la intervención desde terapia ocupacional	4
2.3. Elección modelos conceptuales y marcos de referencia	6
3. OBJETIVOS	9
4. METODOLOGÍA	10
5. DESARROLLO (I)	
5.1. Resultados de la evaluación inicial	11
5.2 Descripción de las acciones/actuaciones del programa	12
5.3. Delimitación de recursos	13
6. DESARROLLO (II): EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	
6.1. Evaluación del proceso	15
6.2. Evaluación de los resultados	15
6.3. Evaluación de la satisfacción	16
7. CONCLUSIONES	17
8. BIBLIOGRAFÍA	18
ANEXOS	21

1. RESUMEN

La demencia es un síndrome caracterizado por la presencia de deterioro cognitivo persistente que interfiere en la vida personal, familiar y social de la persona, de forma que impacta negativamente en el equilibrio ocupacional y la calidad de vida de quien la padece.

Por ello proponemos un plan de intervención aplicado desde terapia ocupacional cuyo objetivo principal será mejorar la calidad de vida de un grupo de ancianos que acuden a un Centro de Día geriátrico de Calatayud, cuya clínica común predominante corresponde a la enfermedad de Alzheimer.

Se hace uso para ello de actividades propias del área ocupacional del ocio, así como de recursos terapéuticos destinados a mantener determinadas destrezas de ejecución.

Palabras clave: Terapia ocupacional, enfermedad de Alzheimer, ocio, calidad de vida.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

Es evidente que el ser humano vive cada vez más años¹ por ello es importante que esta longevidad no sea una acumulación de dolencias y enfermedades, sino una etapa vital, plena de experiencias y de desarrollo personal.

Cuidar de personas con demencia es una tarea desafiante, y vivir con demencia es infinitamente más difícil. La enfermedad del Alzheimer presenta por ello connotaciones negativas. Sin embargo, a pesar de esto, es posible mantener sentimientos de esperanza, resiliencia y alegría.²

Un cálculo conservador estima que actualmente alrededor de 12 millones de personas padecen demencia en el mundo. En España se estima que pueden padecerla en la actualidad medio millón de personas.

La prevalencia de demencia en la población general es muy baja antes de los 60 años, pero a partir de esa edad se multiplica, por lo que está demostrado que la incidencia aumenta con la edad, desde 1-1.000 en sujetos de 60-64 años de edad, además de 70 por 1.000 en sujetos de 90 años o más.

La demencia es una de las causas más importantes de discapacidad en ancianos, y contribuye en un 11,2% al conjunto de años vividos con discapacidad. Además del tremendo impacto de las demencias en términos socioeconómicos, la repercusión sobre la calidad de vida de los sujetos afectados y de sus familiares y cuidados es enorme.³

La **Enfermedad de Alzheimer** es un tipo de demencia caracterizado por un inicio insidioso y un deterioro cognitivo, físico y funcional progresivo, así como por la aparición de modificaciones en el estado de ánimo y alteraciones psicóticas y de la conducta.⁴

La causa de la enfermedad del Alzheimer no es clara, aunque varios estudios han permitido identificar diversos factores de riesgo, entre los que destacan la edad, la historia familiar, la genética, el traumatismo craneal, accidentes cerebrovasculares, depresión y el bajo nivel de actividad física y cognitiva. Dado que conocemos cuáles son los factores que pueden desencadenar esta enfermedad, intervendremos teniendo en cuenta varios de ellos.³

Conociendo estas cifras podemos ser conscientes del elevado número de casos de demencia de tipo Alzheimer que se dan en nuestro país, por ello se decide enfocar nuestra intervención hacia la estructuración de un programa de mejora de la calidad de vida a través del uso terapéutico del ocio en el ámbito de la gerontología y geriatría para este colectivo en concreto. Para ello tomamos como muestra a once usuarios del centro de día de Calatayud, de los cuales cinco mujeres presentan la EA. (Anexo 1)

2.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

Se observan evidencias de que la Enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades relacionadas con la demencia afectan con gran impacto a la calidad de vida de los individuos.

Terapia Ocupacional tiene la capacidad de ayudar a preservar el funcionamiento de estas personas en su día a día y promover su participación en actividades apropiadas y significativas.⁵

"Terapia ocupacional se caracteriza por hacer un uso terapéutico de las actividades para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida".

La **Calidad de Vida**, según la AOTA, es definida como " La apreciación dinámica de la satisfacción de vida del cliente (percepción de progreso hacia sus propias metas), el auto-concepto (el conjunto compuesto de creencias y los sentimientos acerca de uno mismo), la salud y el funcionamiento (incluyendo el estado de salud, las capacidades para el auto-cuidado), y los factores socioeconómicos, (por ejemplo, la vocación, la educación, los ingresos económicos...)"⁶

La aplicación de herramientas para la valoración de la Calidad de vida relacionada con la salud en las personas mayores es de gran necesidad, pues su medición puede ser utilizada tanto para la evaluación de sus necesidades personales como para el conocimiento de los niveles de satisfacción con los servicios del centro.⁷

Los terapeutas ocupacionales consideran varios tipos de ocupaciones en los cuales los clientes pueden involucrarse. Estas actividades se ordenan en categorías denominadas "áreas de ocupación".

El **ocio y tiempo libre** es una de las áreas de ocupación clasificadas por la AOTA en el marco de trabajo. Éste área ocupacional es considerado como "Una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual se practica durante un tiempo discrecional o libre, es decir, un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como trabajo, cuidado propio o dormir" (Parham y Fazio, 1997)⁶

Concretamente en este plan de intervención se intervendrá mediante actividades de ocio y tiempo libre, al mismo tiempo que será el área ocupacional en el que nos enfocaremos para encontrar evidencias que demuestren la eficacia de este tipo de actividades en personas con EA.

Es importante destacar la gran cantidad de tiempo libre que tiene la población de personas mayores de 65 años debido a la jubilación.⁸ El ocio en la vejez cobra una especial importancia, ya que es la época de la vida en la que uno puede y debe dedicar más tiempo a sus ocupaciones favoritas y a sus hobbies. Normalmente cuando el anciano logra organizar su tiempo libre con actividades que le agradan, se adapta mejor al envejecimiento y se siente más seguro de sí mismo, satisfecho y feliz.

Investigaciones revelan que el ocio es un elemento que promueve la salud, contribuyendo al crecimiento, desarrollo y relación con el entorno. Existen dos variables básicas para conseguir una moral elevada y un sentimiento de satisfacción en la vida: salud y actividad significativa (ocupación).⁹

Las intervenciones basadas en este tipo de actividades y en la participación social presentan resultados positivos para la salud, la satisfacción, el bienestar y la calidad de vida de las personas con Alzheimer.¹⁰

Al mismo tiempo, algunas pruebas han demostrado que útil la actividad física retrasa la aparición del demencia en adultos mayores y se desacelera deterioro cognitivo para prevenir la aparición de discapacidad cognitiva significativa.¹¹

Terapia Ocupacional puede contribuir al cambio de diversas conductas de riesgo modificables que son factores de riesgo para la demencia tipo Alzheimer (estilos

de vida, hábitos, elecciones ocupacionales), aportando con una perspectiva para llevar a cabo un abordaje desde la prevención primaria a través de la ocupación, pudiendo responder a las demandas poblacionales, económicas, y sanitarias que surgen como efectos de este síndrome.¹²

Dado que todavía no existe cura para esta enfermedad y que causa un importante impacto personal, familiar y social, ³enfocaremos nuestro plan de intervención en promover la calidad de vida de los pacientes, mediante la estructuración del ocio.

Dadas las expectativas de nuestro programa y las características involutivas de la propia DTA, se decide implementar el mismo en un grupo seleccionado de usuarias en fase leve y moderada de la enfermedad, habida cuenta de que el carácter preventivo y de promoción de la calidad de vida específico de nuestro programa resultaría de difícil consecución en estadios avanzados de esta demencia. (Anexo 2)

2.3. ELECCIÓN MODELOS CONCEPTUALES Y MARCOS DE REFERENCIA

Los terapeutas ocupacionales debemos basar nuestra intervención en marcos de referencia teóricos y en modelos propios de Terapia Ocupacional.

Se decide, para realizar nuestro plan de intervención, que el Modelo más adecuado a nuestro tipo de intervención es el **Modelo de Ocupación Humana (MOHO)**, de Gary Kielhofner.

A diferencia de la mayoría de los modelos, este está pensado para ser utilizado con cualquier persona que experimente problemas en cualquier área ocupacional. También está diseñado para ser aplicable durante toda la vida.

Este modelo se ocupa principalmente de:

- * La motivación por la ocupación
- * El patrón para la ocupación
- * La dimensión subjetiva del desempeño
- * La influencia del ambiente en la ocupación.

Este modelo considera a los seres humanos como seres dinámicos que siempre están en desarrollo y que cambian con el tiempo. Según este modelo nuestros pensamientos, sentimientos y comportamientos, así como el comportamiento

ocupacional son el resultado de la interacción de las condiciones ambientales con tres elementos principales: volición, habituación y capacidad de desempeño.¹³

La volición, o motivación para participar en ocupaciones es una necesidad innata de las personas para actuar en el mundo¹⁴. Los seres humanos tenemos la necesidad innata o intrínseca de actuar. Esa necesidad o motivación para participar en ocupaciones es lo que nos guía a la hora de hacer elecciones.

El sistema de habituación organiza las actividades propias en patrones recurrentes que constituyen la mayor parte de las rutinas diarias. Estos patrones integran a las personas en los ritmos y las costumbres de los mundos físico, social y temporal.

Por último, el sistema de desempeño ocupacional o de ejecución abarca la capacidad de realizar actividades provistas por la persona. Lo constituyen las habilidades de procesamiento, perceptivo-motoras y de interacción social formados por el sistema músculo-esquelético, sistema neurológico, sistema cardiopulmonar e imágenes simbólicas, que permiten llevar a cabo las ocupaciones cotidianas de la persona.¹³

Las razones que nos orientan a hacer uso de este modelo son:

- Las personas que sufren Alzheimer suelen verse afectadas en estas esferas (volición, habituación y ejecución).
- Por presentar un marco teórico de conocimiento científico y una metodología de trabajo con instrumentos validados de medida realmente eficaces para este caso.
- Porque en este modelo el papel del terapeuta parte de intentar comprender qué componentes del sistema humano o del entorno influyen en la disfunción ocupacional de la persona.

Otros modelos que se tuvieron en cuenta para la planificación de esta intervención pero que finalmente no se emplearon fueron:

- El Modelo de Discapacidades Cognitivas de K. Allen: aplicado a otros grupos de individuos en los que se observan limitaciones cognitivas.¹⁵
- Modelo centrado en la persona: es una propuesta que, desde la atención profesional, busca la calidad de vida de las personas y respeta la dignidad de las mismas.¹⁶

Por otra parte, haremos uso del marco de referencia **neuropsicológico**, el cual suele ser bastante aplicado en las primeras fases de demencia cuando la lesión está todavía delimitada en diferentes áreas cerebrales.¹⁷

En terapia ocupacional interesa el estudio de las actividades intencionales que están vinculadas al sistema neurológico y que por tanto influyen en el desempeño eficaz de las mismas.

Dicho esto, las razones por las que se decide hacer uso de este marco de referencia son las siguientes:

- Las intervenciones neuropsicológicas tienen la finalidad de restaurar las funciones para mejorar los déficits en habilidades así como de realizar un entrenamiento compensatorio para adaptarse a la afectación de los aspecto cognitivos y del comportamiento.
- Este marco de referencia busca rasgos que estén enfocados en la interrelación entre las estructuras cerebrales y los procesos mentales como parte de la actividad propositiva. Como toda actividad propositiva, las tareas propuestas en el marco de nuestro programa precisan de la adecuada participación de los componentes de programación y síntesis simultánea, para una correcta ejecución de esas tareas demandadas.¹⁸

3. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

- ✓ Diseñar un programa de intervención mediante actividades de ocio para fomentar la calidad de vida de personas mayores de 65 años con enfermedad de Alzheimer.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Mantener las destrezas cognitivas y prevenir su deterioro.
- ✓ Estimular las destrezas sensoriales y perceptuales.
- ✓ Mantener las destrezas psicomotoras.
- ✓ Promover la comunicación y la participación social.
- ✓ Promover las destrezas de regulación emocional.

4. METODOLOGÍA.

Para la realización de este trabajo se han consultado ejemplares de libros de la biblioteca de la Universidad de Zaragoza y se han llevado a cabo búsquedas en revistas electrónicas propias de terapia ocupacional, así como en Google académico y en varias bases de datos relacionadas en general con la salud y específicamente con terapia ocupacional, como PubMed y OTSeeker.

Las palabras claves utilizadas durante la búsqueda han sido: tercera edad, geriatría, Alzheimer, demencia, calidad de vida, evidencia, ocio, actividades y terapia ocupacional. Estas mismas palabras se han introducido en la búsqueda tanto en español como en inglés, siendo la segunda opción la que más resultados ofrecía.

Al mismo tiempo, para proponer parte de las actividades de este plan de intervención, aparte de los recursos citados anteriormente, se ha hecho uso de apuntes tomados durante las prácticas externas realizadas en el área de geriatría y psiquiatría.

Por otra parte, es importante destacar que este programa de intervención se trata de una propuesta, por lo que los resultados no se pueden conocer hasta que no se lleve a la práctica.

Como estructura para nuestro plan de intervención haremos uso del **Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional**.

5. DESARROLLO (I)

5.1. Resultados de la evaluación inicial.

Tras elegir como muestra a un grupo de ancianos con demencia del centro de día geriátrico de Calatayud, se hace una primera toma de contacto para conocer los programas impartidos por el quipo multidisciplinar y en este caso, concretamente por la terapeuta ocupacional. (Anexo3)

Como ya hemos comentado anteriormente, al tratarse de una propuesta de intervención los resultados de la evaluación inicial no se pueden conocer hasta que no se aplique a la práctica.

Durante la etapa de evaluación del Proceso de Terapia Ocupacional se aplicarían varias escalas estandarizadas para con la finalidad de conocer las características personales, los hábitos ocupacionales, las limitaciones, las necesidades de los sujetos y la calidad de vida de los mismos. Partiendo de los elementos del MOHO y de nuestros conocimientos sobre la EA, podríamos deducir que los resultados antes de realizar la intervención de terapia ocupacional serían los siguientes:

ASPECTOS A VALORAR	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	RESULTADOS INICIALES ESPERADOS
Valoración de Calidad de vida	Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF (Anexo 4)	Gran impacto en calidad de vida de la persona, al mismo tiempo que la enfermedad influye en el desempeño ocupacional de actividades que antes realizada sin dificultad.
Valoración Cognitiva	Mini mental (Anexo 5)	Evidencia de inicio de deterioro cognitivo
	Test del reloj	Alteración del funcionamiento cognitivo global, principalmente la apraxia constructiva, la ejecución motora, la atención, la comprensión y el conocimiento numérico, Cuadros confusionales

Valoración afectiva	Escala de depresión para ancianos (Yesavage) (Anexo 6)	Signos de inicio de depresión desencadenador por la aparición de la enfermedad.
	Cuestionario Volicional Anexo (7)	Baja causalidad personal, con escasa motivación para participar en actividades de autocuidado, ocio, de interacción con los demás.
	Evaluación de habituación mediante observación	Desestructuración de los hábitos diarios, pérdida de roles debido a la disminución de la autonomía personal.

Para complementar la información mediante estas escalas le realizaremos una entrevista a cada una de las usuarias (Anexo 8)

5.2 Descripción de las acciones/actuaciones del programa

El proceso de intervención consiste en facilitar la participación en la ocupación relacionada con la salud a través de las medidas adoptadas por los profesionales de terapia ocupacional en colaboración con los clientes, de forma que estos alcancen un estado de bienestar físico, mental y social.

En este caso, el tipo de intervención a utilizar será el **uso terapéutico de las ocupaciones y de las actividades.**

A continuación mostramos un horario semanal de las actividades a realizar, explicadas con detalle en el Anexo 9.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9-10 h	DESAYUNO				
10-11 h	Taller de Memoria		Taller de memoria		Taller de memoria
11-12 h	Deporte¹ 9, 23	Psicomotricidad 20		Deporte	
12-13 h			Terapia con música²⁴		
13-14 h	COMIDA				
17-18h		Terapia artística^{21,22}		Terapia artística	
18-19h					Terapia con música

5.3. Delimitación de recursos

Recursos humanos:

- Para la recopilación de datos es necesaria la participación del equipo multidisciplinar y de las participantes del programa.
- En relación a la participación del programa, debido a que el número de usuarias participante en el programa no sería muy elevado, valdría con la disponibilidad de la terapeuta ocupacional para llevar a cabo las actividades citadas en el horario mostrado anteriormente. Sin embargo, para desempeñar la actividad de "Deporte" que incluye también el paseo, sería necesaria al menos la colaboración de una monitora u otra compañera del equipo multidisciplinar.

Los **recursos materiales** variarán en función del tipo de actividades a realizar:

- Deporte: un entorno natural por el que pasear y llevar ropa y calzado cómodo; pelotas de petanca.
- Psicomotricidad: una sala amplia y luminosa para poder realizar la sesión sin inconvenientes y sillas en caso de que sean necesarias; elementos empleados en

psicomotricidad como pelotas; en cuanto al vestuario, ropa y calzado confortable.

- Terapia artística: un entorno bien iluminado y con buena temperatura, adecuado a la actividad con sillas y mesas; lienzos, pinturas acrílicas, pinceles, cartulinas, rotuladores, pinturas, tijeras, pegamentos, fieltro, agujas e hilos.
- Taller de memoria: sillas y mesas; papel y bolígrafo; periódico.
- Terapia con música: altavoces, un pen o un CD para reproducir las canciones, una pizarra y un rotulador de pizarra.

6. DESARROLLO (II): EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

6.1. EVALUACIÓN DEL PROCESO

Partiendo de la idea de que son cuatro las usuarias con E.A. leve.

Se espera que el 100% de estas usuarias acepten a participar en la entrevista y participar en el programa, ya que partimos de un número reducido de personas con este tipo de demencia que hay en el centro de día.

Una vez iniciado el programa se espera que como mínimo se cumpla el 70% de las actividades establecidas en el horario.

Se espera que al menos el 75% de las usuarias finalicen el programa de ocio.

(Anexo 10)

6. 2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez aplicado el plan de intervención, para comprobar la eficacia del mismo volveríamos a pasar las escalas nombradas anteriormente en el apartado de "Desarrollo (I)". En caso de que no se cumpliera alguno de los objetivos propuestos se podría hacer una modificación de la parte del plan de intervención que está asociada a dicho objetivo.

Por tanto, la evaluación de los resultados es imprescindible para llevar a cabo una intervención lo más eficaz y adaptada posible a cada una de las usuarias.

Los resultados esperados del programa de intervención serían los siguientes:

ASPECTOS A VALORAR	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	RESULTADOS FINALES ESPERADOS
Valoración de Calidad de vida	Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF	Mejora de la calidad de vida tras llevar a cabo el programa de intervención de terapia ocupacional.

Valoración Cognitiva	Mini mental	Deterioro cognitivo menos notable, debido al mantenimiento de dichas destrezas.
	Test del reloj	Mejora del funcionamiento cognitivo global, principalmente la apraxia constructiva, la ejecución motora, la atención, la comprensión y el conocimiento numérico.
Valoración afectiva	Escala de depresión para ancianos (Yesavage)	Signos de mejora y control emocional tras la participación en las actividades del programa
	Cuestionario Volicional	Incremento de la causalidad personal, al participar en actividades que son satisfactorias para la persona.
	Evaluación de habituación mediante observación	Mejora de la organización de los hábitos diarios.

6. 3. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

La opinión de las personas que participan en el programa es de vital importancia para realizar mejoras del mismo en caso de que será necesario. Para ello al finalizar la intervención se le realizará una entrevista a cada uno de las usuarias. (Anexo 11)

7.CONCLUSIONES

Actualmente en nuestro país la esperanza de vida se ha incrementado, al mismo tiempo que lo hace el porcentaje de personas que sufren discapacidad. Por ello sería relevante que esta longevidad se aprovechara haciendo lo posible por mantener una adecuada calidad de vida.

Como bien sabemos una de las discapacidades de afectación cognitiva que más prevalencia presenta en España es la demencia tipo Alzheimer, para la cual todavía no se ha encontrado una cura que permita hacer frente a esta enfermedad degenerativa. Sin embargo, a pesar de ello, en nuestra mano está decidir hacer algo al respecto y actuar con la finalidad de retrasar lo máximo posible la aparición de los síntomas de esta discapacidad, o que desgraciadamente una vez instaurada empeoren.

Cabe destacar que los programas de prevención y mantenimiento podrían ser favorecedores para esta población en concreto, que son llevados a cabo desde diferentes profesiones, entre las cuales se encuentra terapia ocupacional.

Haciendo uso de actividades significativas para la persona, que inciten y motiven a participar en programas de intervención, podemos conseguir una mejora de la salud y el bienestar de la misma, así como de su calidad de vida en general.

Dado el elevado número de personas con demencia podríamos seguir investigando sobre esta temática en un futuro, e implementar planes de intervención como este ya desarrollado para favorecer la salud de esta población en concreto.

Al aplicar este tipo de programas de intervención corremos el riesgo de que las personas no se interesen por participar o no finalicen la intervención al cien por cien, por lo que para evitar correr este riesgo deberíamos tener siempre en cuenta los intereses, deseos y expectativas de la persona que tenemos delante.

BIBLIOGRAFÍA

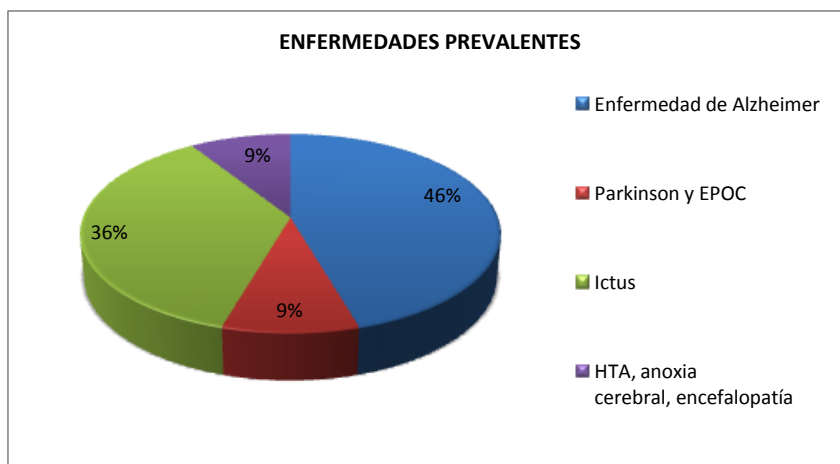
1. Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. INE; 2016 (actualizado el 19 de febrero de 2016; fecha de acceso 26 de febrero de 2016]. Esperanza de vida. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
2. Logsdon RG, McCurry SM & Teri L. Evidence-Based Interventions to Improve Quality of Life for Individuals with Dementia. *Alzheimers care today* [revista en internet]* 2007. [acceso el 26 de febrero de 2016]**, 8(4) : 309-318.. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585781/>
3. Sánchez Pérez M. Guía esencial de psicogeriatría. 2ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015.
4. Fundación Reina Sofía [sede Web]*. Madrid: Fundación Reina Sofía; [acceso el 26 de Febrero de 2016]. De Herrero Cano V, Osa Ruiz E. Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer capítulo 4. Disponible en: http://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/15/Guia%20profesionales_Alzheimer_final.pdf
5. Logsdon, R.G., McCurry, S.M., and Teri, L. (2007). " Evidence-based Interventions to Improve Quiality of Life for Individuals with Dementia". *Alzheimer's Care Today* 2007; 8(4): 309-318.
6. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional : Dominio y proceso 2ª edición [sede Web]. Puerto Rico: www.terapiaocupacional.com; 2010 [fecha de acceso el 26 de Febrero de 2016]. Disponible en: www.terapiaocupacional.com/aota2010esp.pdf
7. Defensor del Pueblo [sede Web]*. Madrid: Defensor del pueblo; 2000 [acceso el 16 de marzo de 2016]. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2000-01-La-atenci%C3%B3n-sociosanitaria-en-Espa%C3%B1a-perspectiva-gerontol%C3%B3gica-y-otros-aspectos-conexos.pdf>
8. IMSERSO [sede Web]*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de Política Social e Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2009 [fecha de acceso el 16 de Marzo de 2016]. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Disponible en

<http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/nfppmm2008.pdf>

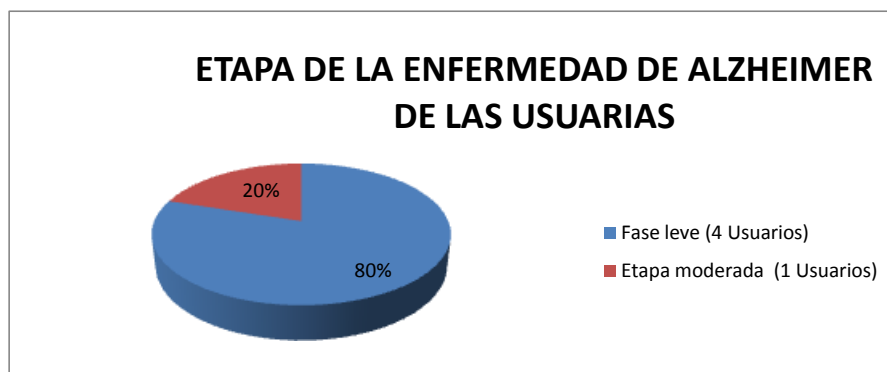
9. Giró Miranda J. Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. 1ª ed. España: Universidad de la Rioja; 2006
10. Letts L, Edwards M, Berenyi J, Moros K, O'Neill C, O'Toole C & McGrath C. Using Occupations to Improve Quality of Life, Health and Wellness, and Client and Caregiver Satisfaction for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias. AJOT [revista en internet]* September/October 2011; [acceso el 8 de Marzo de 2016]; 65: 497-504. Disponible en: <http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1851499>
11. Barnes D.E., Whitmer R.A., & Yaffe, K. (2007). Physical activity and dementia: The need for preventive trials. Exercise and Sport Sciences Reviews, 35, 24-29.
12. Aravena Castro JM. La ocupación como factor protector de la demencia por enfermedad de Alzheimer. Revista Chilena de Terapia Ocupacional [revista en internet] Diciembre 2014. [acceso el 13 de Marzo de 2016]; 14 (2). Disponible en: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/35718/37506>
13. Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación. 2ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2011
14. De las Heras CG, Llerena V, Kielhofner G. Proceso de remotivación: Intervención progresiva para individuos con desafíos volicionales severos. Santiago de Chile: Reencuentros; 2003.
15. Polonio López B, Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. 1ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001.
16. Euskadi.eus. [sede Web]*. Euskadi: Eusko Jaurlaritza Gobierno Vasco; [acceso el 14 de Mayo de 2016]. Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos. Disponible en: http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/cuaderno%201.pdf
17. Gómez Tolón J, Salvanés Pérez R. Terapia ocupacional en psiquiatría. 1ª ed. Zaragoza: Mira editores; 2003.
18. Gómez Tolón J. Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional. 1ª ed. Zaragoza: Mira editores; 1997.
19. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. Terapia Ocupacional en salud mental. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2012.
20. Bernaldo de Quirós Aragón M. Manual de psicomotricidad. 1ª ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2006.

21. Martínez N. La terapia artística como una nueva enseñanza. Arte, Individuo y Sociedad [revista en Internet] 1996 [acceso el 16 de Mayo de 2016]; 8. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/viewFile/ARIS9696110021A/5992>
22. Granados Conejo IM, Callejón Chinchilla MD. ¿Puede la terapia artística servir a la educación?. EA, revista de Investigación Educativa. 2010; 13: 69-96
23. Mac Donald EM. Terapéutica ocupacional en rehabilitación. 2ªed. Barcelona: Salvat; 1979.
24. Lucas Arranz M. Introducción a la musicoterapia. 1ªed. Madrid: Síntesis, S. A; 2013.

ANEXO 1



ANEXO 2



ANEXO 3

ENTREVISTA CON LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE DÍA

1. **¿Cuántos profesionales trabajan en el centro de día de Calatayud?**
2. **¿Cuántos usuarios acuden al centro de día? ¿Número de hombres y de mujeres?**
3. **¿Cuál es la media de edad general de los usuarios? ¿Cuál es la media de edad de los varones y de las mujeres?**
4. **¿Cuántos usuarios presentan...?**
 - Gran Dependencia
 - Dependencia Grave
 - Dependencia Moderada
5. **¿Cuáles son las patologías que más predominan en el centro de día?** (Especificar grado de discapacidad, tipo de la enfermedad... en función de la respuesta obtenida.)
6. **¿Qué intervenciones son realizadas con los usuarios por parte del equipo multidisciplinar?**
7. **¿Qué actividades son realizadas con los usuarios en terapia ocupacional?**
 - Actividades Físicas
 - Actividades Psíquicas
 - Actividades Cognitivas
 - Actividades Básicas de la Vida Diaria
 - Actividades de Ocio y Tiempo Libre
 - Actividades de Participación Social
8. **¿En cuáles de las siguientes áreas ocupacionales presentan un mayor grado de dificultad los pacientes?**
 - Actividades Básicas de la Vida Diaria
 - Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
 - Actividades de Ocio y Tiempo Libre
 - Actividades de Participación Social

ANEXO4

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo:	Hombre	Mujer		
¿Cuándo nació?	Día	Mes	Año	
¿Qué estudios tiene?	Ninguno	Primarios	Medios	Universitarios
¿Cuál es su estado civil?	Soltero/a	Separado/a		Casado/a
	Divorciado/a	En pareja		Viudo/a
¿En la actualidad, está enfermo/a?	Sí			No
Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es? _____				
	Enfermedad/Problema			

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor **conteste todas las preguntas**. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida **durante las dos últimas semanas** .Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de salvable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

2

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

3

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

4

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

5

ANEXO 5

MINI MENTAL

1. ORIENTACIÓN

- Dígame el día Fecha Mes Estación Año (5)
- Dígame el lugar Planta Ciudad Provincia Nación (5)

2. FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras: peseta, caballo, manzana (3)

3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

- Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3 ¿cuántas le van quedando? (5)
- Repita: 5-9-2 (repetir hasta que lo aprenda)
- Ahora hacia atrás (3)

4. MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? (3)

5. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?. Repetirlo con el reloj (2)
- Repita esta frase: "en un trigal había cinco perros" (1)
- Una manzana y una pera son frutas, ¿qué son el rojo y el verde? ¿qué son un perro y un gato? (2)
- Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo (3)
- Lea esto y haga lo que dice. Cierre los ojos. (1)
- Escriba una frase (1)
- Copie este dibujo (1)



Puntuación:

- >= 30:** Normal
- 29-24:** Discreto déficit. Pueden ser ocasionados por una enfermedad depresiva o muy bajo nivel cultural
- <24:** Deterioro cognitivo
- Punto de corte: 23/24;**
- 19-23: deterioro cognitivo leve**
- 14-18: moderado**
- <14: grave**

ANEXO 6

1- ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SÍ NO
2- ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	SÍ NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ NO
4- ¿Se siente a menudo aburrido?	SÍ NO
5- ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?	SÍ NO
6- ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SÍ NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ NO
8- ¿Se siente a menudo sin esperanza?	SÍ NO
9- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	SÍ NO
10- ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SÍ NO
11- ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	SÍ NO
12- ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SÍ NO
13- ¿Piensa que su situación es desesperada?	SÍ NO
14- ¿Se siente lleno de energía?	SÍ NO
15- ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SÍ NO

ANEXO 7

FORMULARIO DEL CUESTIONARIO VOLICIONAL (OBSERVACIÓN MÚLTIPLE)

Cliente	Terapeuta															
Edad	Fecha															
Diagnóstico																
Escala de puntaje:																
P: pasivo D: dudoso I: involuado E: espontáneo																
	1ª Sesión Fecha				2ª Sesión Fecha				3ª Sesión Fecha				4ª Sesión Fecha			
1. Muestra curiosidad	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E
2. Inicia acciones / tareas	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E
3. Intenta cosas nuevas	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E
4. Muestra orgullo	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E
5. Busca desafíos	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E
6. Busca responsabilidad adicional	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E
7. Intenta corregir errores	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E
8. Intenta resolver problemas	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E
9. Muestra preferencias	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E
10. Realiza la actividad hasta completarla / lograrla	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E
11. Permanece involuado	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E
12. Es vital / energético	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E
13. Indica objetivos	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E
14. Muestra que una actividad es especial o significativa	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E	P	D	I	E
PUNTAJE TOTAL																
P=1 D=2 I=3 E=4																
Comentarios:																

ANEXO 8

A continuación le realizaré varias preguntas sobre su Ocio y Tiempo libre para poder realizar una intervención lo más adaptada posible a usted.

1. ¿Dedica mucho tiempo al ocio?
2. ¿Qué hace en su tiempo libre?
3. ¿Cuáles de las siguientes actividades le suscitan más interés?
 - ☐ Jardinería
 - ☐ Lectura
 - ☐ Salir de compras
 - ☐ Ir al cine
 - ☐ Ver la tele
 - ☐ Hacer deporte
 - ☐ Bailar
 - ☐ Escuchar música
 - ☐ Realizar labores y manualidades
 - ☐ Pasear
4. ¿Tiene amigos o familiares con los que comparte las aficiones que le gustan?
5. ¿Cree que hay barreras en su vida diaria que le impide realizar actividades de ocio que le interesan?
6. ¿Está conforme con las actividades de ocio que realiza?
7. Se va a llevar a cabo un programa para mejorar la calidad de vida mediante la participación en actividades de ocio. ¿Le gustaría participar?

Muchas gracias.

ANEXO 9

1. DEPORTE

La actividad física tiene una influencia significativa tanto en los procesos fisiológicos como psicológicos relacionados con la salud, el bienestar y la calidad de vida. Por ello podemos hacer uso de ella para promocionar la salud y prevenir la aparición de enfermedades físicas y/o mentales. Al mismo tiempo es importante destacar que las actividades físicas favorecen la expresión personal y pueden ser un vínculo de participación e integración social.

DESARROLLO:

- Paseo: consiste en dar paseos sobre la localidad en la que vive el paciente. Realizando 1 sesión a la semana. Cada sesión durará una hora. Inicialmente la actividad durará 30 minutos. Antes, durante y después de cada sesión los participantes deberán identificar sus sensaciones corporales, sentimientos, emociones y pensamientos, su estado de ánimo, su grado de ansiedad... Es importante que esto se mida al comienzo del programa para reforzar los logros al final de la sesión.
- Petanca: la actividad se lleva a cabo al parque de Calatayud de Fernando el Católico. Se llevará a cabo una vez por semana y durará una hora.

OBJETIVOS DEL DEPORTE:

- ✓ Entrenar la motricidad gruesa
- ✓ Evitar la atrofia muscular
- ✓ Mantener y/o aumentar el recorrido articular
- ✓ Favorecer la orientación espacial
- ✓ Mantener la independencia de la marcha
- ✓ Favorecer las relaciones sociales y la comunicación

2. PSICOMOTRICIDAD:

La psicomotricidad comprende a la persona en su globalidad, en sus aspectos motrices, cognitivos y afectivos. Concretamente, este término integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices en la capacidad de ser y expresarse en un contexto psicosocial.

Este programa se realizará una vez por semana y tendrá su duración será de una hora.

DESARROLLO:

Para realizar esta actividad nos colocaremos en círculo sentados en sillas.

La estructura de las sesiones de psicomotricidad se compone de:

1. Comienzo: Empezamos con una presentación.

Ejemplo: se pasa el balón en círculo y cuando llega la pelota cada usuaria dice su nombre. En la siguiente ronda en vez de decir el propio nombre se deberá decir el nombre de la compañera a la que le pasamos el balón.

2. Parte principal: Seguimos con el calentamiento para preparar los músculos y articulaciones y evitar así cualquier tipo de lesión. Se realizan movimientos de todas las articulaciones del cuerpo en los diferentes planos del espacio. El orden será siempre: Cabeza, cintura escapular, columna vertebral, cintura pélvica y miembros inferiores.

Hecho el calentamiento, podemos variar de actividad cada día para trabajar actividades diferentes. Por ejemplo:

- Para trabajar el esquema corporal y la memoria: Decimos una serie en alto nombrando partes del cuerpo "cabeza, boca, tripa, muslos y rodillas", la usuaria deberá repetirlo tocándose al mismo tiempo las partes del cuerpo que está nombrando. Así con cada usuaria.
- Para trabajar la praxis ideomotora Imitación de gestos simples como el "ok", la silueta de una paloma...
- Para trabajar praxis ideatoria: hacer acto de peinarse, de lavar los dientes, de abrir un grifo, lavarse las manos, de echar agua en un vaso...

3. Vuelta a la tranquilidad: Realizar estiramientos suaves para relajar los músculos y percibir las diferentes partes de su cuerpo.

OBJETIVOS DE LA PSICOMOTRICIDAD

- ✓ Reconocer el propio esquema corporal
- ✓ Desarrollar el control postural, la coordinación y tono muscular.
- ✓ Favorecer la orientación espacial
- ✓ Respetar los tiempos de escucha
- ✓ Favorecer la relación con las demás usuarias
- ✓ Ser capaz de responder de manera adecuada ante diferentes situaciones.

3. TERAPIA ARTÍSTICA

La terapia artística es una combinación entre arte y psicoterapia en donde cada una de estas partes se ve estimulada en su unión con la otra. Se trata de manera sencilla de indagar en el conocimiento interior del individuo a través de las emociones estéticas y su expresión plástica, en los casos en los que la palabra no basta.

Estos talleres se realizarán dos veces por semana y durarán una hora.

DESARROLLO:

- En época de festividades realizar tarjetas que luego puedan poner en su cuarto o regalar a algún familiar, amigo o conocido
- Salir al parte a dibujar el paisaje.
- Actividades de coser, como realizar monederos con fieltro.
- Pintar un cuadro con las manos con pintura acrílica, siempre teniendo en cuenta su elección de lo que quieren pintar.

OBJETIVOS

- ✓ Potenciar la creatividad
- ✓ Mantener la destreza de la motricidad fina
- ✓ Entrenar la coordinación óculo-manual
- ✓ Estimular la agudeza visual
- ✓ Trabajar la atención
- ✓ Trabajar la programación motriz
- ✓ Promover la percepción figura-fondo
- ✓ Favorecer la autoestima y autoeficacia.

4. TERAPIA CON MÚSICA

Este tipo de terapia consiste en llevar a cabo una serie de actividades musicales aplicadas de forma estructurada con la finalidad de mejorar las condiciones físicas y el estado de ánimo de los enfermos.

Este programa durará una hora y se realizará dos veces por semana.

DESARROLLO

- Se le entrega una palabra diferente a cada usuaria escrita en un papel. Acto seguido reproducir la canción, cuando aparezca la palabra que la usuaria tiene escrita en su papel deberá levantar las dos manos.
- Trabajar distintos compases y ritmos, primero sin música y luego con ella. Esta actividad será realizada por la terapeuta ocupacional y las usuarias de forma conjunta, siguiendo el mismo ritmo. Combinar movimientos de palmas, pisar el suelo y dar golpes con las manos en las rodillas, de manera que se produzca sonido. Por ejemplo: Dar golpes en el suelo con los pies, contar "1,2,3,4" y al llegar al 4 dar una palmada. Repetir la serie varias veces.

Las siguientes actividades se realizarán de forma individual, se puede hacer uso de palmas o de instrumentos como triángulos, panderetas...

- Reproducción acústica: la terapeuta ocupacional realiza una serie rítmica n estímulo acústico mediante palmadas, de forma que marque bien el ritmo. Por ejemplo "I-III-II-I", "II-III-I", la usuaria lo repetirá también mediante aplausos cuando la terapeuta haya terminado la serie.

- Reproducción acústico-gráfica: se hace lo mismo que en la actividad anterior, pero esta vez la usuaria lo representará en la pizarra de forma gráfica.
- Reproducción gráfico-acústica: se escribe una serie rítmica en la pizarra y la usuaria deberá representarlo mediante palmadas.

OBJETIVOS DE LA TERAPIA CON MÚSICA:

- ✓ Estimular el ritmo
- ✓ Entrenar la agudeza auditiva
- ✓ Promover el movimiento corporal
- ✓ Entrenar la coordinación
- ✓ Evitar la atrofia muscular y articular
- ✓ Trabajar la atención y la memoria

5. TALLER DE MEMORIA

Se llevará a cabo tres veces por semana con duración de una hora, pudiendo de actividad cada día. Este taller siempre comenzará de forma que cada una de las usuarias se presente, diciendo su nombre, fecha de nacimiento, edad, fecha y lugar en el que nos encontramos.

DESARROLLO

- Lectura del periódico: se realizará todos los meses, tres veces por semana. Se le pedirá a las usuarias que describan lo que más les ha llamado la atención de la noticia y se debatirá sobre el tema.
- Reminiscencia y repaso de la vida: cada día se hablará sobre un tema diferente de cuando eran niñas o jóvenes, por ejemplo las costumbres del lugar donde vivían, anécdotas que recuerden...
- Secuenciación de actividades: Se le pide una por una a las usuarias que describan en orden los pasos que seguirían para: vestirse, lavarse los dientes, lavarse las manos, prepararse el desayuno... Se puede hacer lo mismo con recetas de cocina, de forma que cada una describa una receta diferente y posteriormente juntarlo en un libro con el que puedan quedarse o regalar a la familia o amigos.
- La terapeuta le muestra a la usuaria cuatro objetos, cuando hayan sido memorizados serán escondidos y tendrán que ser nombrados. Se puede graduar la actividad en función del resultado de la actividad.

OBJETIVOS

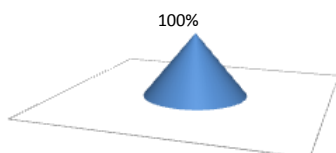
- ✓ Entrenar memoria a corto y largo plazo
- ✓ Entrenar la memoria procedimental y declarativa
- ✓ Estimular la atención
- ✓ Potenciar la expresión verbal y no verbal

ANEXO 10

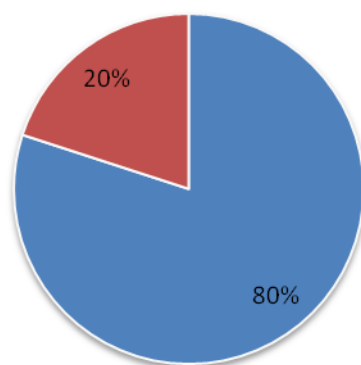
EVALUACIÓN DEL PROCESO

Participación en el programa

■ Participación de las usuarias con E.A. leve



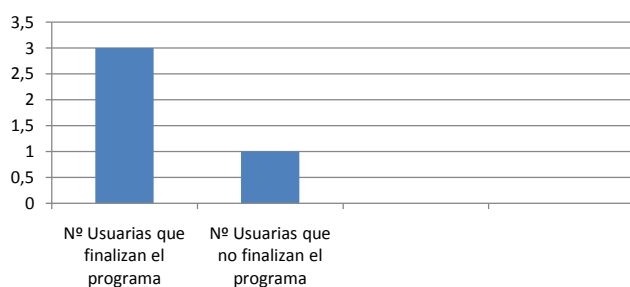
Cumplimiento del horario



■ Porcentaje de horario
cumplido por persona

■ Porcentaje de horario no
cumplido por persona

Finalización del programa



ANEXO 11
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

1. ¿Cómo considera que ha sido el servicio de terapia ocupacional ofrecido?
 - ☐ Excelente
 - ☐ Bueno
 - ☐ Regular
 - ☐ Mejorable
2. ¿Está conforme con la duración de las sesiones?
 - ☐ Si
 - ☐ No.
3. Si la respuesta ha sido "Si" pase a la siguiente pregunta. En caso de haber elegido la opción "No" especificar cuánto tiempo le habría gustado que hubieran durado las sesiones.
4. ¿Hay alguna actividad que no se haya realizado pero en la que sí le hubiera gustado participar?
5. ¿Se le ocurre alguna posible mejora para el plan de intervención llevado a cabo?
6. ¿Ha llenado las expectativas por las cuales usted escogió participar en este plan de intervención?

Muchas gracias.